

## ПРЕДЛОЖЕНИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ

**ПАЦИЕНТ: ИВАН БАРИСЮК**

**Отделение: ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ И ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ (ОТДЕЛЕНИЕ ХИРУРГИИ ПОЗВОНОЧНИКА)**

**СПЕЦИАЛИСТЫ: Др. А.Прейро / Др.И.Вилалта**

**Диагноз: НЕОБХОДИМОСТЬ В УДЛИНЕНИИ РАСТУЩИХ СТЕРЖНЕЙ.**

10-летний Иван с последствиями от нейробластомы в ремиссии (лечение закончено в июне 2020 года), которому в 2016 году необходима была установка растущих стержней (система Baby Polaris) из-за прогрессивного кифосколиоза. Также наблюдается дисметрия. Растущие стержни необходимо удлинять хирургическим путем ежегодно, до окончания роста.

Клиническая ситуация Ивана с ортопедической точки зрения была оценена Заведующим отделением Ортопедической и травматологической хирургии (Др.И.Вилалта) на очной консультации в Детском Госпитале Сант Жоан де Деу 15 февраля 2021 года.

Др.И.Вилалта считает, что Ивану показано хирургическое вмешательство и назначено **удлинение растущих стержней**. После проведения удлинения, необходимо проведение телеметрического обследования нижних конечностей для оценки **дисметрии**.

При поступлении в наш центр предложенный план лечения будет являться следующим::

### 1. ОЦЕНКА И ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ.

- Первая консультация в Отделении хирургии позвоночника для проведения клинической оценки и назначения необходимых предоперационных обследований.
- Консультация с анестезиологом и оценка предоперационных анализов крови.

**2. ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАЦИИ.** Хирургическое вмешательство (удлинение растущих стержней) с необходимостью госпитализации на 3 день. Нахождение в отделении интенсивной терапии ИОТ не предполагается, за исключением непредвиденных осложнений на уровне анестезии, которые не возможно предугадать из-за высокой стабильности состояния пациента. Также нет необходимости в переливании крови или ее препаратов, раз речь идет только об удлинении стержней. Возможно понадобится замена какого-нибудь шурупа удлиняющей системы, которые, обычно, заменяются во время таких операций. В последующем продолжит свое восстановление в отделении обычного медицинского ухода с проведением послеоперационных радиологических контролей до момента выписки.

**3. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ АМБУЛАТОРНЫЕ КОНТРОЛИ.** После выписки будут назначены послеоперационные контрольные наблюдения в Отделении хирургии позвоночника. Будет проведено телеметрическое обследование нижних конечностей после операции по удлинению растущих стержней для оценки динамики дисметрии.

Ссылки для просмотра информации по нашему отделению и специалистам:

<https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/ortopedia-traumatologia-que-nos-hace-diferentes>  
<https://www.sjdhospitalbarcelona.org/ca/ortopedia-i-traumatologia-els-nostres-professionals>  
<https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/alejandro-peiro-garcia>



В смету не включено проживание во время пребывания в Барселоне.

Остаемся в Вашем распоряжении для предоставления дополнительной информации, в случае возникновения вопросов.

С уважением,



 **Sant Joan de Déu**  
Barcelona Hospital  
**INSTITUT PEDIÀTRIC**

**Медицинская координация  
Международный отдел  
Детский госпиталь Сант Жуан де Деу Барселона**

 **Sant Joan de Déu**  
Barcelona Hospital  
**INSTITUT PEDIÀTRIC**

Барселона, 31 марта 2021.



| INSTITUT PEDIÀTRIC SANT JOAN DE DÉU - PACIENCKI 2021                                                                                                                                             |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| ПАЦИЕНТ: Barysiuk Ivan                                                                                                                                                                           | 30/03/2021  |
| Травматология                                                                                                                                                                                    | N° 2021-379 |
| Раздвижение пластин позвоночника                                                                                                                                                                 |             |
| ОБЩАЯ СУММА                                                                                                                                                                                      | 17.570,00 € |
| Включено:                                                                                                                                                                                        |             |
| Гонорары специалистов (хирург, помощник, анестезиолог)                                                                                                                                           | 2.125,00 €  |
| Операционный зал                                                                                                                                                                                 | 3.573,00 €  |
| Протез                                                                                                                                                                                           | 3.000,00 €  |
| Предоперационные исследования                                                                                                                                                                    | 87,00 €     |
| Лабораторные исследования                                                                                                                                                                        | 1.200,00 €  |
| Радиологические исследования                                                                                                                                                                     | 2.178,00 €  |
| Дополнительные обследования                                                                                                                                                                      | 2.939,00 €  |
| Консультации со специалистами                                                                                                                                                                    | 659,00 €    |
| Госпитализация                                                                                                                                                                                   | 1.809,00 €  |
| Не включено:                                                                                                                                                                                     |             |
| Внеплановая госпитализация                                                                                                                                                                       |             |
| Госпитализация в палате                                                                                                                                                                          |             |
| Госпитализация в отделении интенсивной терапии (ОИТ)                                                                                                                                             |             |
| Госпитализация в отделении новорожденных                                                                                                                                                         |             |
| Госпитализация в отделении интенсивной терапии (ОИТ) новорожденных                                                                                                                               |             |
| Питание сопровождающего лица                                                                                                                                                                     |             |
| Завтрак сопровождающего лица                                                                                                                                                                     |             |
| Обед сопровождающего лица                                                                                                                                                                        |             |
| Ужин сопровождающего лица                                                                                                                                                                        |             |
| Скорая помощь                                                                                                                                                                                    |             |
| Следующие виды медикаментов: оксид азота, цитостатики, ретровирусные препараты и антибиотики для ограниченного использования в госпитале, фибринолитики, комплексные антикоагулянты, сурфактанты |             |
| ADCON-L, гормон роста, иммунодепрессанты и другие препараты используемые в дневном стационаре.                                                                                                   |             |
| Кровь, препараты крови, перекрестные пробы, материал для переливания крови                                                                                                                       |             |
| Материал гемодиализа                                                                                                                                                                             |             |
| Патологоанатомические исследования                                                                                                                                                               |             |
| Энтеральное и парентеральное питание                                                                                                                                                             |             |
| Условия оплаты:                                                                                                                                                                                  |             |
| Предоплата, 100 % банковский перевод:                                                                                                                                                            | 17.570,00 € |

Финансовое отделение  
Международный отдел  
Детский госпиталь Сант Жуан де Деу Барселона  
31 марта 2021г.  
INSTITUT PEDIÀTRIC



## ПИСЬМО, КОТОРОЕ ПРИЛАГАЕТСЯ К СМЕТЕ

Мы информируем вас об условиях оплаты за запрошенное лечение. Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с данным документом, так как он содержит важную информацию.

Смета, которая прилагается, была разработана на основе имеющихся данных. На основе предоставленной информации были включены расходы за медицинское обслуживание, а также прочие расходы, не связанные с медицинским обслуживанием, которые будут предоставлены в ходе лечения (проживание, питание, транспорт, услуги переводчика и услуги скорой помощи).

Мы сообщаем вам, что указанная смета представляет собой ориентировочную оценку расходов, а общий счет, выставленный в конце лечения (или, в случае продолжительного лечения, частичные счета) может отличаться от указанной сметы. Причины различий, которые могут привести к необходимости дополнительных взносов, в основном имеют место в случае непредвиденных осложнений состояния пациента или в случае необходимости проведения дополнительных анализов или процедур, которые не были предусмотрены согласно данным первоначальной оценки лечения. Аналогичным образом, тарифы на продукты, которые перечислены в смете, могут быть увеличены в соответствии с годовым изменением индекса потребительских цен.

### Требования / Информация:

- Срок действия данной сметы составляет 6 месяцев с момента составления.
- Данная смета будет считаться подтвержденной после отправки письма о принятии на следующий адрес электронной почты: [ffarnieva@sjdhospitalbarcelona.org](mailto:ffarnieva@sjdhospitalbarcelona.org).
- Как только смета будет принята, вам будут отправлены общие условия оказания медицинских услуг с целью проверки, подписи и отправки на вышеуказанный адрес электронной почты.
- Общая сумма приложенной сметы должна быть полностью оплачена на банковский счет Больницы, который указан ниже, до планирования вашего посещения Больницы.

|                           |                                                                                      |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Данные получателя:</b> | Hospital Sant Joan de Déu                                                            |
| <b>Банковские данные:</b> | CAIXES BVXXX ES10 2100 0148 5002 0022 2312                                           |
| <b>Описание:</b>          | Имя и фамилия пациента / Имя и фамилия лица, производящего оплату (Tratamiento HSJD) |

- Мы сообщаем вам, что в соответствии с положениями действующего законодательства Испании, оплаты наличными допускаются только в размере до 2 500 евро для юридических лиц (компаний/фондов/ассоциаций) или 10 000 евро в том случае, если плательщик является физическим лицом.
- Банковские расходы и сборы, связанные с осуществлением банковского перевода, оплачивает плательщик.
- В случае наличия остатка от предоплаты, оставшаяся сумма будет переведена на тот же банковский счет, с которого она была отправлена. Мы рекомендуем совершить одну транзакцию с одного банковского счета. Если полученные банковские переводы были сделаны с разных банковских счетов, остаток будет возмещен на каждый из вышеупомянутых банковских счетов пропорционально платежам, которые первоначально поступили с каждого из них для финансирования общей стоимости лечения. По административным причинам возврат оставшейся предоплаты может быть отложен на срок до двух месяцев после последнего сеанса лечения.
- В целях безопасности необходимо, чтобы до осуществления банковского перевода вы отправили нам на указанный выше адрес электронной почты заполненную форму **«Предоплата за лечение»**, которую вы найдете в приложении. Эта форма должна быть заполнена для каждого банковского счета, с которого производится оплата за лечение, и должна быть подписана владельцем счета, кроме того необходимо приложить копию документа, удостоверяющего личность его владельца. Платеж будет считаться правильно произведенным на момент получения соответствующей суммы и наличия вышеуказанной формы.

Если у вас есть какие-либо вопросы, вы можете всегда связаться с нами.



## ПРИЛОЖЕНИЕ I

### ПРЕДОПЛАТА ЗА ЛЕЧЕНИЕ

Пожалуйста, заполните все поля ниже, пишите разборчивыми заглавными буквами, приложите запрошенную документацию и отправьте ее:

E-MAIL: [ffarnieva@sidhospitalbarcelona.org](mailto:ffarnieva@sidhospitalbarcelona.org)

ПАЦИЕНТ: [\*]

ДАТА РОЖДЕНИЯ: [\*]

СМЕТА №: [\*]

|                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>ПЛАТЕЛЬЩИК:</b> (укажите владельца счета - имя и фамилию - NID/DNI/Паспорт)         |  |
| <b>АДРЕС ПЛАТЕЛЬЩИКА:</b> (укажите улицу, дом, номер, город, почтовый индекс и страну) |  |
| <b>СУММА БАНКОВСКОГО ПЕРЕВОДА (в евро)</b>                                             |  |
| <b>BIC/SWIFT:</b>                                                                      |  |
| <b>IBAN:</b> (укажите номер счета в случае отсутствия IBAN)                            |  |
| <b>НАЗВАНИЕ БАНКА:</b>                                                                 |  |
| <b>АДРЕС БАНКА:</b> (укажите улицу, номер, город, почтовый индекс и страну)            |  |

#### ПРИЛОЖИТЬ СЛЕДУЮЩУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ

- Если владельцем банковского счета является физическое лицо:
  - Ксерокопия паспорта или документа, удостоверяющего личность (DNI).
  - Ксерокопия подтверждения банковского перевода.
- Если владельцем банковского счета является компания/ассоциация:
  - Ксерокопия документа, подтверждающего налоговый номер организации (NIF).
  - Ксерокопия подтверждения банковского перевода.
  - Ксерокопия свидетельства, подтверждающего удовлетворительный юридический статус, или эквивалентный документ, удостоверяющий существование субъекта

Своей подписью я подтверждаю достоверность данных, указанных в этом документе, и даю свое согласие на то, что плательщик берет на себя все расходы за банковский перевод. Кроме того, мне известно, что, если на момент завершения лечения окончательная его стоимость будет ниже осуществленной предоплаты, соответствующая разница будет возвращена на этот счет и в процентном отношении к общей сумме, оплаченной для финансирования данного лечения.

ДАТА:

КЕМ ЯВЛЯЕТЕСЬ ДЛЯ ПАЦИЕНТА:

ПОДПИСЬ (ИЛИ ПЕЧАТЬ) ДЕРЖАТЕЛЯ СЧЕТА: